第２号様式（第６条関係）

# 大府市不育症治療費補助金受診等証明書

次の者については、次のとおり不育症検査及び治療（調剤を含む。）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

主　治　医　氏　名　　㊞

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

<table>
<tr><td>受診者氏名</td><td rowspan="2">夫</td><td></td><td rowspan="2">妻</td><td></td></tr>
<tr><td>受診者生年月日</td><td>年　月　日(　歳)</td><td>年　月　日(　歳)</td></tr>
<tr><td colspan="2">貴医療機関における<br>治療開始年月日</td><td>年　月　日</td><td>今回の<br>治療期間</td><td>年　月　日～　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">妊娠の有無（記入時時点）</td><td colspan="3">□あり　□なし<br>→ □妊娠継続中<br>□出産後（流産、死産を含む）（出産日：　年　月　日）</td></tr>
<tr><td colspan="2">診断名</td><td colspan="3">※不育症の診断がある方のみ<br>本事業の申請が可能です。</td></tr>
<tr><td colspan="5">当該患者について、該当するものにチェックし、詳細についてはかっこ内に記載してください。<br>□子宮異常<br>□内分泌異常<br>□夫婦染色体異常<br>□抗リン脂質抗体症候群<br>□免疫異常<br>□その他<br>（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">不育症治療等<br>の内容</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">領収金額</td><td colspan="3">今回の検査及び治療にかかった金額　※保険診療外に限る<br>【不育症検査及び治療費】<br>流産検体を用いた染色体検査以外　領収金額＿＿＿＿＿＿円<br>流産検体を用いた染色体検査　領収金額＿＿＿＿＿＿円<br>合　計　領収金額＿＿＿＿＿＿円</td></tr>
</table>

**※注（医療機関等へのお願い）**

1　院外処方がある場合、薬局の領収書の負担額（保険適用外）を含めた金額を領収金額に記載してください。

2　文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。

3　治療期間とは、不育症検査及び治療を開始した日からその妊娠に関する出産（流産及び死産を含む）に至った日までの期間をいいます。治療途中で申請される場合（治療が年度をまたぐ場合年度ごとに１回のみ申請可能）は、当該年度の２月末までの治療日を記載してください。